Aus dem Hygienischen Institut der Universität Breslau
Stellvertretender Direktor: **Professor Dr. Kollath**

Die Tuberkulosesterblichkeit in den einzelnen Stadtvierteln von Breslau während der Jahre 1910—1931

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung
der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

vorgelegt von

Hans-Joachim Blobel
Arzt

Breslau 1934
Druck von Anton Schreiber, Breslau

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau

I. Referent: Professor Dr. Freiherr v. Falkenhausen
II. „ Professor Dr. Alexander Bittorf

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543114_0075

Die Tuberkulosesterblichkeit in den einzelnen Stadtvierteln von Breslau während der Jahre 1910—1931.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Tuberkulosesterblichkeit der europäischen Länder im Rückgang begriffen ist. Nach Teleky hat sie im Deutschen Reich im Anfang der 80er Jahre ihren Höhepunkt erreicht. Der seitdem einsetzende, fast geradlinig verlaufende, gleichmäßige Abfall der Tuberkulosesterblichkeitskurve wird lediglich in den Kriegsjahren und während der Inflationszeit durch aufwärts gerichtete Zacken unterbrochen, die aber sehr bald durch verstärkte Sterblichkeitsabnahme ausgeglichen werden (C. Hamel). Zahlreich sind die Untersuchungen, die gemacht worden sind, um die Ursachen aufzufinden, die diesen Rückgang herbeigeführt haben. Von den hierfür in Frage kommenden Faktoren sind in erster Linie der soziale Faktor zu nennen, der sich seinerseits wieder aus verschiedenen Komponenten zusammensetzt, zu denen gehören: Wohnung, Ernährung, Beruf, Wohlstand u. ä. Weiter ist sicherlich auch auf den Rückgang der Tuberkulose der Fortschritt des ärztlichen Wissens und Könnens von Einfluß gewesen, ebenso die Einrichtungen des gesamten Fürsorgewesens.

Es ist aber auch möglich, daß der während der Kriegs- und Nachkriegsjahre veränderte Altersaufbau der Bevölkerung mit dem Sinken der Tuberkulosesterblichkeit in Zusammenhang steht.

Um den Altersaufbau einer Bevölkerung graphisch darzustellen, verwendet man zweckmäßigerweise das Koordinatenkreuz. Die Ordinate trägt eine Einteilung, die die einzelnen Altersjahre veranschaulicht, während die Abszisse die Bevölkerungszahlen angibt, die zu der jeweiligen Altersgruppe gehören. Um den Altersaufbau der Geschlechter graphisch zur Anschauung zu bringen, wird der männliche Anteil der

Bevölkerung links, der weibliche rechts der Ordinate eingetragen.

Wenn wir uns eine Darstellung des Altersaufbaus aus der Vorkriegszeit, z. B. aus dem Jahre 1910 ansehen, so ergibt sich das Bild eines ziemlich gleichschenkeligen Dreiecks.

Abbildung 1*)

(Aus A. Fischer, Soziale Hygiene.)

Im Gegensatz zu diesem Bild steht der Altersaufbau der Breslauer Bevölkerung aus dem Jahre 1925!

Abbildung 2

Auf bereits schmaler Basis, die der geringen Geburtenziffer des Jahres 1925 Ausdruck gibt, folgt die erste Einziehung, die durch den noch stärkeren Geburtenausfall der vorangegangenen zwei Jahre — also der im Jahre 1925 Ein- und Zweijährigen — bedingt ist; eine weitere sehr starke Einziehung bemerkt man bei den Sieben- bis Zehnjährigen. Diese stellt den durch die Kriegsjahre verschuldeten Geburtenausfall dar. Im weiteren Verlauf sehen wir auf der Frauenseite eine ungefähr ziemlich regelmäßige Verjüngung der Linie nach oben hin, während auf der Männerseite der kontinuierliche Verlauf durch eine konkave Einziehung der Kurve in den Altersjahren 25—45 unterbrochen wird.

Dieses Bild, das ebenso deutlich beim Altersaufbau der Bevölkerung des Deutschen Reiches (s. Abb. 1) sich bietet, führt uns den Verlust an Kriegsgefallenen vor Augen, zeigend, daß auch Breslau seinen Anteil an den zwei Millionen Kriegsopfern getragen hat.

Inwiefern sollte nun diese Veränderung in der Zusammensetzung des Altersaufbaues auf die Tuberkulosesterblichkeit einen Einfluß haben?

Einer Dissertationsarbeit von R. Schöbel über die Sterblichkeit der Breslauer Bevölkerung an Tuberkulose während der Jahre 1910 bis 1927 ist zu entnehmen, daß die Höchstzahlen an Tuberkulosetodesfällen neben den Säuglingsjahren auf die Altersgruppen des dritten bis fünften Jahrzehnts entfallen.

---

*) Abb. 1 u. Abb. 2, ferner Tab. 5, 6, 6a und 8 sind im Original beim Verfasser einzusehen.

Kalenderjahr	Auf je 1000 Lebende der betreffenden Altersklasse entfallen Todesfälle an Tuberkulose:								
	0–1	1–6	6–14	14–21	21–30	30–40	40–50	50–60	über 60
1910–14	5,5	1,7	0,9	2,4	3,0	3,3	3,5	3,0	2,2
1915–18	7,1	2,1	1,1	3,0	3,3	3,5	3,9	4,3	2,5
1919–23	6,4	1,4	0,8	1,9	2,3	2,1	2,1	2,2	2,5
1924–27	3,4	0,6	0,3	1,0	1,5	1,2	1,2	1,2	1,4
Männer:									
1910–14	5,7	1,6	0,7	2,3	2,9	3,9	5,1	5,0	3,1
1915–18	7,3	1,9	0,8	3,1	2,8	3,2	4,8	5,6	4,7
1919–23	6,2	1,4	0,6	1,4	2,2	2,0	2,2	2,6	2,8
1924–27	3,7	0,6	0,2	0,8	1,4	1,3	1,5	1,7	1,9
Frauen:									
1910–14	5,3	1,7	0,9	2,5	3,1	2,9	2,2	1,8	1,8
1915–18	6,9	2,4	1,4	3,0	3,6	3,8	3,2	3,4	2,8
1919–23	6,5	1,4	1,0	2,0	2,4	2,2	2,0	2,0	2,3
1924–27	3,1	0,7	0,3	1,2	1,6	1,1	0,9	0,8	1,0

Es müssen infolgedessen durch den Rückgang an Säuglingen und den Verlust an Männern im tuberkulosegefährdeten Alter bei gleichbleibender Zahl der anderen Altersklassen verringerte Mortalitätsziffern an Tuberkulose entstehen. Berechnet man aber die Sterblichkeit der einzelnen Altersklassen und Geschlechter, so zeigt es sich, daß wir es in der Zeit nach dem Kriege mit einer echten Verminderung der Tuberkulosemortalität zu tun haben. Nicht nur bei den Säuglingen, sondern auch bei den Erwachsenen, nicht nur bei den Männern, sondern auch bei den Frauen ist die Sterblichkeit der Jahre 1924/27 verringert, verglichen mit der Zeit 1910/14.

Es erschien nun von Interesse zu untersuchen, ob die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit alle Schichten in gleichem Maße betrifft oder ob in der Intensität der Abnahme Differenzen zwischen den einzelnen sozialen Schichten bestehen dergestalt, daß vielleicht in den sozial besser gestellten Kreisen die Abnahme stärker ist, als in den sozial schlechter gestellten oder umgekehrt.

Verschiedene Autoren haben über diese Fragen bereits gearbeitet. Sie haben dazu verschiedene Kriterien der Begriffe „soziale Schicht“ zur Anwendung gebracht. Z. B. ist in Verhältnis gesetzt worden Tuberkulosesterblichkeit und Einkommen, oder Tubekulosesterblichkeit und Größe der Wohnung

bezw. Höhe der Miete. In Ermangelung gleichartigen Urmaterials mußten die verschiedensten statistischen Unterlagen genommen werden. Es ist erklärlich, daß die Ermittelungen eines einheitlichen sozialen Index an verschiedenen Orten nur schwer möglich war und ist wegen der Verschiedenheit der Lebensgewohnheiten der Bevölkerung in den einzelnen Ländern, ja sogar in den einzelnen Gegenden eines Landes.

Die Höhe der Aufwendungen — besser gesagt: der Anteil des Einkommens, der dafür aufgewendet wird — für Wohnung, Ernährung, Bekleidung und Genußmittel ist nicht nur verschieden zwischen den Einwohnern verschiedener Länder, sondern auch zwischen den Einwohnern des gleichen Landes. Um nur einige Beispiele anzuführen:

Greenwood und Wolff benutzte für Groß-Berlin den prozentualen Anteil der Arbeiterbevölkerung, Wolff und Freudenberg in Alt-Berlin (vor dem Kriege) die Zahl der leerstehenden Wohnungen unter 300 RM Jahresmiete, Wolff in London die Wohnungsüberfüllung als Indikator für den Wohlstand eines Bezirks.

Die einzelnen Verfasser sind in ihren statistischen Untersuchungen beim Vergleich verschiedener Stadtviertel an Hand verschiedener Wohlstandsindices zu dem Ergebnis gekommen, daß die Tuberkulosesterblichkeit im allgemeinen um so höher ist, je ungünstiger die wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung sind. (Wolff, G. u. K. Freudenberg: Tuberkulosesterblichkeit und Wohlstand in Paris, London und Berlin. Ztschr. f. Hygiene, Band 102, 1924; Greenwood, M. G. Wolff: Einige methodologisch-statistische Studien zur Epidemiologie der Tuberkulose. Ztschr. für Tuberkulose, Band 52, 1928.)

Einer Arbeit von G. Wolff und A. Jahn über die Sterblichkeit an Tuberkulose in Beziehung zur sozialen Struktur der Berliner Bevölkerung ist zu entnehmen, daß in den Stadtvierteln mit minderbemittelter Bevölkerung eine prozentual höhere Sterblichkeit aufzufinden ist, als in den der wirtschaftlich besser gestellten, wobei zu bemerken ist, daß die Ergebnisse aus einer im Jahre 1925 vorgenommenen Berufszählung gewonnen sind, aus denen dann der Anteil der selbständigen und leitenden Personen, der Angestellten und Beamten sowie der Arbeiter in jedem Verwaltungsbezirk für die Erwerbstätigen selbst wie auch für die Berufszugehörigen — und damit die

Verteilung der minderbemittelten Schichten der Bevölkerung errechnet worden waren.

Der allgemeine Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit ist auch für Breslau gültig und wie bereits gesagt in einer statistischen Arbeit nachgewiesen. (R. Schöbel: Die Sterblichkeit der Breslauer Bevölkerung an Tuberkulose während der Jahre 1910—1927. Inaug. Dissertation, Breslau, 1930).

Es erschien nun von Interesse, die von mir angeschnittene Frage auch für Breslau zu untersuchen und festzustellen, ob sich der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit hier auf die gesamte Bevölkerung gleichmäßig verteilt oder ob dieser Rückgang nur in einzelnen Bevölkerungsschichten zu verzeichnen ist, während andere ein Beharren im früheren Zustand oder gar ein Zunehmen aufweisen; oder ob eine dritte Möglichkeit vorliegt, derart, daß zwar überall ein Rückgang eingetreten ist, aber von verschiedener Intensität.

Was für ein Material steht nun für derartige Untersuchungen zur Verfügung? 1. Die Erkrankungsmeldungen. Aus früheren Zeiten (Vorkriegs- und unmittelbare Nachkriegszeit) sind hierüber überhaupt keine Zahlen vorhanden. Erst im Jahre 1923 wurde die Meldepflicht für Tuberkulose eingeführt. Aber auch die Ziffern aus diesen Jahren sind unvollständig, da nur Kehlkopftuberkulose, offene Lungentuberkulose und diejenigen Fälle meldepflichtig sind, von denen angenommen werden muß, daß sie an offener Tuberkulose leiden. Die geschlossenen Tuberkulosen kommen infolgedessen garnicht zur Kenntnis der Behörden. 2. Das Material der Tuberkulosefürsorgestellen. Diese Zahlen sind zwar bezüglich ihrer Vollständigkeit besser als die Krankheitsmeldungen, aber sie sind auch nicht vollständig und allein schon, weil kein Vergleichsmaterial aus früheren Jahren vorhanden ist, kommt eine Untersuchung an Hand dieses Materials für mich nicht in Frage.

Es blieb mir also nichts anderes übrig, als auf die Todesursachenstatistik, d. h. auf die Statistik, die sich auf das Sterbekartenmaterial stützt, zurückzugreifen. Ich möchte an dieser Stelle nicht verfehlen, Herrn Professor Dr. v. Auer, Direktor des Statistischen Amtes in Breslau, meinen verbindlichsten Dank abzustatten für sein liebenswürdiges Entgegenkommen, durch das ich bei meiner Arbeit auf das Weitgehendste unterstützt wurde.

Zunächst möchte ich auf einige Schwierigkeiten und Fehlerquellen hinweisen, die nicht zu umgehen waren. Eine Fehldiagnose, sei es, daß der Arzt infolge fehlender Behandlung nur noch eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose an der nicht sezierten Leiche stellen konnte, oder sei es, daß dem behandelnden Arzt eine falsche Diagnose unterlaufen war, wird heute im Zeitalter des Röntgenapparates und der verfeinerten bakteriologischen Diagnostik wohl nur vereinzelt vorkommen. Auch eine aus Rücksicht auf die Familie oder aus anderen Gründen bewußt falsch oder verschleiert (statt Tuberkulose — „Lungenerkrankung") abgegebene Meldung dürfte höchst selten sein. Häufiger sind schon statistische Fehler und Ungenauigkeiten im Sterbekartenmaterial vorhanden. So wird z. B. eine interkurrent auftretende, akute Erkrankung (ein Diabetes mellitus oder eine Pneumonie bei bestehender Tuberkulose) als unmittelbare Todesursache angegeben. Oder es kommt ein Tuberkuloseleidender durch einen Unfall ums Leben. Die Sterbekarte wurde dann unter „Unfall" einrubriziert. Ich habe, um möglichst alle Tuberkulosefälle zu erfassen, alle Fälle mit einbezogen, bei denen aus den Sterbekarten das Vorhandensein einer Tuberkulose ersichtlich war.

Ein weiterer statistischer Fehler erwächst aus den Sterbefallmeldungen dadurch, daß auf der einen Seite die Ortsfremden, die hier in Breslau gestorben sind, mitgezählt werden, auf der anderen aber die auswärts verstorbenen Einheimischen fehlen. Während letztere zahlenmäßig nicht zu erfassen sind, habe ich die hier in Breslau an Tuberkulose verstorbenen Ortsfremden nicht mit gerechnet, weil dadurch ein falsches Bild von der Tuberkulosesterblichkeit der ortsansäßigen Bevölkerung entstanden wäre.

Den Zeitabschnitt von 1910 bis 1931, den ich für meine Betrachtungen über die Tuberkuloseverteilung in Breslaus einzelnen Stadtvierteln genommen habe, habe ich, um größere Zahlen und eine leichtere Uebersicht zu erhalten, in vier Gruppen zusammengefaßt: 1. Die Vorkriegszeit von 1910 — 1913 als Repräsentantin einer in sozialer und wirtschaftlicher Beziehung ruhigen Zeitepoche. 2. Die Inflationszeit von 1919 — 1923 — eine Zeit wirtschaftlicher Not und Verelendung. Diese leitet dann nach Einführung der Rentenmark über zu 3., der Zeit der Stabilisierung des Geldes von 1924 — 1927. Den letzten Zeitabschnitt 1928 — 1931 mit seiner handels-, inner- und außenpolitischen Ungewißheit und Unruhe möchte ich als den

der Weltkrise bezeichnen. Die den normalen Sterbeverlauf gewaltig verändernde Kriegszeit 1914 — 1918 habe ich fortgelassen, da durch die Abwesenheit und den Ausfall eines sehr großen Teiles der männlichen Bevölkerung keine brauchbaren Werte zu erhalten waren.

Welche Möglichkeiten standen mir nun zur Verfügung, eine Gruppierung der sozialen Schichten der Breslauer Bevölkerung vorzunehmen?

Das Gegebene wäre es natürlich, die Bevölkerung nach der Berufsverteilung und dem Einkommen zu klassifizieren. Wenn auch hierfür Unterlagen vorhanden sind, so nützen sie mir jedoch wenig, da die entsprechenden Angaben bei den Tuberkulosetodeszahlen fehlen. Es wäre, selbst wenn man sich die ungeheure Mühe hätte machen wollen, nicht einmal möglich gewesen, durch Rückfrage bei den Hinterbliebenen diese Angaben zu erhalten, da dies für die weiter zurückliegende Zeit völlig ausgeschlossen ist. Ich habe daher die Stadtviertel selbst als Einteilungsprinzip verwendet, ausgehend von der Ueberlegung, daß, wenn nicht alle, so doch eine größere Zahl von einer bestimmten Bevölkerungsschicht besiedelt ist.

Für die Breslauer Stadtbezirke liegt eine seit Jahren gegebene Einteilung vor, sodaß der jeweilige Todesfall genau auf den betreffenden Bezirk festgelegt werden kann Schwierigkeiten ergeben sich nur insofern, als in mein zu betrachtendes Zeitinterwall mehrere Eingemeindungen fallen. 1911 kommt Gräbschen, 1924 Teile von Wilhelmsruh, Kawallen und Zimpel hinzu und schließlich haben wir seit 1928 das Stadtbild vor uns, wie es sich nach dem Gesetz vom 23. 3. 1928 mit einer Flächenvergrößerung von 12 547 Hektar und einem Einwohnerzuwachs von 60 984 Personen ergibt Das wird bei der Betrachtung und Berechnung der Tuberkulosesterblichkeit in den einzelnen Stadtvierteln zunächst ohne Bedeutung sein, da ja ausschlaggebend die Relativzahlen sind, d. h. das Verhältnis der Tuberkulosetodesfälle zu der Zahl der Einwohner. Beispielsweise hat die Hinzunahme von Hundsfeld zum Stadtbezirk Breslau auf die Zusammensetzung der Bevölkerung im Bezirk 33 (Tschepine Zankholz) selbstverständlich gar keinen Einfluß. Das kann aber im Laufe der Zeit, vielleicht sogar relativ schnell doch geschehen, wenn nämlich einerseits die jüngeren und kinderreichen Familien kraft ihrer größeren und schnelleren

Entschlußfähigkeit nach dem neuen Siedlungsraum abwandern, während andererseits die älteren, denen ein gewisses Beharrungsvermögen am Althergebrachten anhaftet, in ihrer gewohnten Umgebung zurückbleiben. Dadurch, daß eine solche Uebersiedlung eben nicht alle Bevölkerungsschichten in gleicher Weise erfaßt, wird, um bei unserem Beispiel zu bleiben, im alten Bezirk (Tschepine Zankholz) die Tuberkulosemortalität vielleicht steigen, während der neue Stadtbezirk mit überwiegend jungem Menschenmaterial unter Umständen eine nur geringe Tuberkulosemortalität aufweisen wird. Trotz dieser Ueberlegung habe ich die Stadtbezirke als Unterlage für die soziale Klassifizierung verwendet.

Meine Erhebungen habe ich auf folgende Weise gemacht:

An Hand des Sterbekartenmaterials habe ich alle an Tuberkulose Verstorbenen unter Fortlassung der Ortsfremden ausgezählt. Sie wurden in dem Stadtviertel, in dem sie ihre Wohnung hatten, registriert. Dadurch vermied ich, daß Stadtviertel mit Krankenhäusern und anderen öffentlichen Anstalten fälschlicherweise eine ganz besonders hohe Zahl von Tuberkulosetodesfällen aufwiesen. Allerdings ließ sich ein Fehler nicht umgehen, der nämlich durch Altersheime und Siechenhäuser hervorgerufen wird, da ja diese die ständige Wohnung der betreffenden Insassen sind und sich in ihnen wahrscheinlich eine verhältnismäßig große Zahl von Tuberkulosen — insbesondere Alterstuberkulosen — ansammelt.

In Tabelle 1 sind, geordnet nach Jahresgruppen und Stadtvierteln die absoluten Zahlen der Tuberkulosetodesfälle und die Einwohnerziffern eingetragen. Außerdem sind die absoluten Zahlen der Tuberkulosetodesfälle und die sich daraus ergebende Mortalität (je 1000 Einwohner) auf den Durchschnitt eines Jahres der betreffenden Jahresgruppe berechnet und wiedergegeben.

Die Einwohnerzahlen sind die der Volkszählungen aus den Jahren 1910 und 1925. Da die für das Jahr 1930 vorgesehene Volkszählung nicht vorgenommen wurde, habe ich für die letzte Jahresgruppe (1928—1931) die Einwohnerzahl verwertet, die sich nach der Personenstandsaufnahme vom 10. 10. 1930 ergab. Ich bin mir bewußt, daß dadurch die Genauigkeit vermindert wird. Ich hatte aber keine Möglichkeit, richtigere Zahlen zu erhalten.

Erwähnen möchte ich an dieser Stelle, daß in den Tabellen 1—6 die Stadtviertel 7a (Polinke), 11a (Hundsfelder Viertel), 14a (Leerbeutel) und 33a (Zankholz) stets zu den Stadtvierteln 7, 11, 14 und 33 gerechnet sind.

Um eine leichtere Vergleichsmöglichkeit zu erhalten, habe ich die erhobenen Befunde graphisch dargestellt. (Tabelle 5). Hierfür mußte ich, um die Uebersichtlichkeit nicht zu gefährden, die Mortalitätsziffern in Gruppen zusammenfassen. Die Einzelheiten der graphischen Darstellung gehen aus den Angaben auf der Tabelle 5 selbst hervor.

Wenden wir uns zunächst zur Betrachtung dieser Tabelle, die in der eben angeführten Weise die absoluten Zahlen der Tuberkulosetodesfälle im Jahresdurchschnitt nach den einzelnen Stadtvierteln geordnet, wiedergibt.

Wie nicht anders zu erwarten, bietet die Tabelle einen äußerst buntscheckigen Anblick, der sowohl die Unterschiede in den einzelnen Stadtvierteln, wie auch die Veränderung im Laufe der untersuchten Zeit wiederspiegelt. Die höchsten Ziffern überhaupt zeigen in der Zeit vor dem Kriege 6 Bezirke: 8 (Matthias), 12 (Dom), 16 (Ohle), 25 (Siebenhufen), 29 (Gabitz), 33 (Tschepine Zankholz) mit über 70,0 Tuberkulosetodesfälle im Jahresdurchschnitt. In der Inflationszeit sind es nur noch zwei, die diese Höhe erreichen: 12 (Dom) und 33 (Tschepine Zankholz). Diese beiden Stadtbezirke gehören auch in der Vorkriegszeit zur gleichen Gruppe Die Verminderung bei den restlichen vier Bezirken beträgt bei zweien eine Zählungsgruppe, und bei den letzten beiden zwei. Eine Zunahme der Erkrankungsziffern ist nur im Bezirk 27 (Kaiser-Wilhelm) festzustellen, wo in der Vorkriegszeit eine Tuberkulosesterbeziffer von 25,5 (siehe Tabelle 1), in der Inflationszeit eine von 36,5 (siehe Tabelle 2) zu verzeichnen war. Sonst ist in dem ganzen Beobachtungszeitraum eine Steigerung der Sterbeziffer nirgends festzustellen. Wir haben also in allen Bezirken — mit einer Ausnahme — einen Abstieg zu verzeichnen.

Auf eine eingehendere Besprechung der Tabelle 5 möchte ich aber verzichten, weil uns die absoluten Zahlen über die wirklichen Verhältnisse kein richtiges Bild geben. Hängen doch die absoluten Zahlen im weitesten Maße von der Größe der Bezirke und der Zahl seiner Einwohner ab. Sie gestatten zwar einen Vergleich in der Querrichtung der Tabelle, nicht

aber einen solchen zwischen den einzelnen Bezirken untereinander.

Ich wende mich daher der Tabelle 6 zu, auf der die Tuberkulosemortalität dargestellt ist — berechnet auf den Durchschnitt eines Jahres der betreffenden Jahresgruppe. Das Bild, das diese Tabelle bietet, ist nun bedeutend einförmiger.

Betrachten wir zunächst die einzelnen Jahresgruppen, so finden wir, daß in der Zeit vor dem Kriege sich drei Bezirke, nämlich 1 (Elisabeth), 6 (Schießwerder) und 23 (Dyrrgoy) durch eine besonders hohe Tuberkulosemortalität auszeichnen. Von diesen gehört kein einziger zu den bei den absoluten Zahlen in der Spitzengruppe stehenden. Im Gegenteil! Der Bezirk 33 gehört in der Tabelle 5 zu den Gruppen mit besonders niedriger Ziffer. Das ist dadurch zu erklären, daß dieser Bezirk sehr klein ist und eine geringe Einwohnerzahl (1502) aufweist. Wenn nun auch die absolute Zahl der Tuberkulosetodesfälle sehr klein sein mag, so kann — wie in unserem Fall — die Mortalität groß sein.

Zur Gruppe mit der zweitgrößten Tuberkulosemortalität (3—3,5 pro Mille) gehören die Bezirke 8 (Matthias), 9 (Elbing), 12 (Dom), 16 (Ohle), 18 (Parschner), 19 (Teichäcker), 22 (Herdain) nnd 25 (Siebenhufen). Von diesen zeigen auch absolut hohe Zahlen an Tuberkulosetodesfällen (siehe Tabelle 5) die Bezirke 8, 12, 16 und 25.

Aus was für einer Einwohnerschaft setzen sich nun diese Bezirke zusammen?

Das Elisabethviertel (1) im Zentrum gelegen, gehört mit zu den ältesten Stadtvierteln Breslaus. In allmählicher Entwicklung zur City geworden, spielt sich hier der Hauptgeschäftsverkehr ab. Die Einwohnerschaft setzt sich — die großen Geschäftshäuser sind nur von Pförtnern und Wachtpersonal bewohnt — aus Kleinhändlern und Kleingewerbetreibenden zusammen. Stadtbezirk 6, das Schießwerderviertel, desgleichen Matthias (8) und Elbing (9) liegen im Oderstadtteil, dessen soziale Struktur durch Arbeiter — Kleine-Leute — und Mittelstandswohnungen gekennzeichnet ist. Der nächste, durch hohe Tuberkulosemortalität auffallende Stadtbezirk ist 12, das Domviertel. Trotz seiner vielen repräsentativen Bauten (Universitäts-Institute, Fürstbischöfliches Heim, mehrere Kirchen) birgt es in seinen Nebenstraßen fast ausschließlich Proletariat. Ohle (16) und Parschnerviertel (18), beide dem Ohlauer Stadtteil ange-

hörend, sind wiederum Arbeiter- und Kleine-Leute-Viertel. Für das Parschnerviertel wie auch für das nächstfolgende, durch eine Tuberkulosemortalität von 3—3,5 pro Mille sich kennzeichnende Stadtviertel, die Teichäcker, mit einer hauptsächlich dem Mittelstand angehörenden Einwohnerschaft, dürften dieselben Erklärungsgründe wie für das Arbeiterviertel Dürrgoy (23) gelten. (Siehe oben).

Siebenhufen (25) endlich mit seinen zahlreichen Fabriken hat auch größtenteils eine Arbeiterbevölkerung aufzuweisen.

Im Gegensatz dazu zeigen die besten Verhältnisse hinsichtlich der Tuberkulosemortalität Breslaus Villenviertel, die Bezirke 27 (Kaiser-Wilhelm), 28 (Kleinburg) und 14 (Scheitnig-Leerbeutel), deren Einwohnerschaft wohl schon mit der Bezeichnung „Villenviertel" hinreichend gekennzeichnet ist.

In der nächsten Jahresgruppe (1919—1923) hat sich das Bild beträchtlich geändert. 17 Bezirke — also die Hälfte aller — haben eine Tuberkulosemortalität von 2—3,5 pro Mille. Nur 5 — hauptsächlich zum ältesten Stadtviertel Breslaus gehörig — liegen noch um eine Gruppe höher. Im weiteren Verlauf schreitet dann die Abnahme der Tuberkulosemortalität immer mehr vorwärts und in dem letzten von mir beobachteten Zeitraum (1928—1931) hat die Nivellierung bereits solche Fortschritte gemacht, daß nur noch die untersten vier Gruppen überhaupt vorhanden sind. Zur Gruppe 0—0,5 pro Mille gehört ein Bezirk, zur Gruppe 1,6—1,9 zwei; alle anderen weisen eine Mortalität von 0,6—1,5 pro Mille auf.

Die Tuberkulosesterblichkeit hat sich also im weitgehendsten Maße in den einzelnen Stadtvierteln ausgeglichen.

Sehen wir uns nun noch einmal die Tabelle 6 in der Querrichtung an, so bemerkt man einige Male eine Verschlechterung der Verhältnisse, d. h. eine Zunahme der Tuberkulosemortalität, nämlich im Bezirk 5 (Bürgerwerder), wo sie von der ersten zur zweiten, und Bezirk 17 (Morgenau), wo sie von der 3. zur 4. Jahresgruppe zugenommen hat. Das letzterwähnte Morgenau, ein Stadtviertel mit sehr kleiner Einwohnerzahl — findet man hier doch nur ein paar Gastwirtschaften und Tanzsäle — kommt für unsere Betrachtungen und Vergleiche nicht in Frage, da die Zahlen zu klein und also nicht beweiskräftig sind.

Ganz besonders auffällig ist das Verhalten des Bezirks 14 (Scheitnig-Leerbeutel), der eine kontinuierliche Zunahme

aufweist. Hier, einem ausgesprochenen Villenviertel mit zahlreichem Park- und Gartenbestand, hätte man mit Recht eine besonders niedrige Mortalitätsziffer erwarten können. Leider sind die gefundenen, verhältnismäßig hohen Werte im Vergleich nicht betrachtbar, da dieser Stadtteil im Laufe der Zeit sehr starken Gebietsschwankungen unterworfen war. Die 1910 bestehende Einwohnerzahl von 1273 wurde 1924 durch Hinzunahme von Teilen von Wilhelmsruh, Kawallen und Zimpel auf 4606 vermehrt — ein Umstand, der auch den Villencharakter des Bezirks stark verwischte — um 1928 nach Schaffung des neuen heutigen Zimpel-Bezirkes wieder auf 1766 zurückzugehen.

Es erschien mir nun notwendig, für die letzte Jahresgruppe 1928 – 1931 eine noch feinere Differenzierung vorzunehmen und zu untersuchen, ob auf diese Weise nicht doch dieses oder jenes Stadtviertel hinsichtlich seiner Tuberkulosemortalität auffällt. In der Tabelle 6a ist die Einteilung entsprechend der Verringerung der Mortalität in kleinere Gruppen erfolgt. (Siehe Tabellenerläuterung.)

Dabei zeigt es sich, daß in den einzelnen Stadtbezirken Differenzen vorhanden sind. 1,5 pro Mille Mortalität weisen die Bezirke 1 (Elisabeth), 3 (Taschen) und 17 (Morgenau) auf. Die nächst niedrige Gruppe umfaßt die Bezirke 14 (Scheitnig-Leerbeutel) und 19 (Teichäcker). Sehen wir nun noch einmal nach, inwieweit diese Verteilung mit derjenigen der Vorkriegszeit übereinstimmt. Bezirk 1 und 3 waren auch schon in der Jahresgruppe 1910—1913 als dem Zentrum und ältesten Stadtteil angehörenden Viertel mit hohen Mortalitätsziffern ausgezeichnet. 17 (Morgenau) hat, wie bereits schon ausgeführt, zu kleine Zahlen aufzuweisen, als daß man einen Rückschluß aus den Mortalitätswerten ziehen könnte. Auf die Schwierigkeiten, die das Stadtviertel 14 (Scheitnig-Leerbeutel) für die Beurteilung bietet, habe ich auch bereits im Vorangegangenen hingewiesen.

Auf der anderen Seite läßt sich aber feststellen, daß Stadtviertel wie 6 (Schießwerder) oder 23 (Dürrgoy), die in der Vorkriegszeit sehr hohe Mortalitätsziffern sehen ließen, jetzt auch bei der feineren Unterteilung Mittel- und Kleinstwerte angenommen haben.

Der Vollständigkeit halber habe ich noch die im Jahre 1928 hinzugekommenen neuen 12 Stadtbezirke untersucht und die

Tuberkulosemortalität berechnet. Da kein Vergleichsmaterial aus früheren Zeiten vorliegt, läßt sich die Feststellung eines Fortschreitens oder Rückganges der Tuberkulose nicht stellen. Die Mortalitätsziffern sind größtenteils dieselben wie die der übrigen Stadtbezirke in dem Zeitabschnitt der Weltkrise. Die Einwohnerschaft, deren Zahlen sich zwischen 1500 und 10000 bewegen und auf die Mortalitätswerte von 0,22 bis 1,66 pro Mille fallen, setzt sich größtenteils aus ländlicher Bevölkerung, Stellenbesitzern und Siedlern zusammen.

Wenn sich auch bei den wenigen und kleinen Zahlen kein beweiskräftiger Vergleich etwa zwischen Stadt- und Landbevölkerung durchführen läßt, so besteht doch ein auffallendes Uebereinstimmen mit den Untersuchungen von Gundel, der über den Tuberkulosesterblichkeitsunterschied zwischen Stadt und Land folgendes nachwies: Um die Jahrhundertwende lagen die Großstadtziffern noch um ein beträchtliches höher, als die der dazugehörigen Landbevölkerung. Bereits in der Zeit bis 1905 ist eine deutliche Annäherung der beiden Ziffern zu beobachten, und in den Jahren 1926—1928 ist eine weitere Angleichung mit sogar gelegentlichem Unterschreiten der Durchschnittszahlen des Landes festzustellen. „Die früher außerordentlich beträchlichen Unterschiede in der Tuberkulosesterblichkeit von Stadt und Land beginnen sich danach also in den Kulturländern zu verwischen und die Sterblichkeitskurven haben sich in Stadt und Land zum Teil bereits überschnitten.“ (Gundel).

Gründe hierfür sind die teilweise Hebung des Lebensstandart der Großstadtbevölkerung, verbesserte Verdienstmöglichkeiten und verbesserte häusliche Hygiene, ferner der Aufklärungsdienst der Fürsorgeanstalten, soziale Versicherungen, allgemeine Wohlfahrtspflege u. a. m. — Faktoren, die ich bereits eingangs erwähnt habe.

Ein einziger Bezirk der 1928 neu hinzugekommen, entfällt aus diesem Rahmen, Bezirk 37, zu dem Groß- und Klein-Masselwitz, Herrnprotsch und Pilsnitz gehört. Auf 4416 Einwohner fallen 25,25 Tuberkulosesterbefälle im Jahr, eine Mortalität also von 5,72 pro Mille. An dieser hohen Zahl sind nicht die Todesfälle der Herrnprotscher Heil- und Pflegeanstalt schuld. Denn diese sind unter Berücksichtigung ihrer Breslauer Wohnung auf die einzelnen Stadtteile verteilt. Vielmehr erklärt sich diese Zahl 1. aus den Gestorbenen der

Tuberkulosesiedelung, die seit dem 1. 7. 1919 besteht. Hier siedeln sich Breslauer Tuberkulosekranke mit ihrer Familie an, die ihre Stadtwohnung aufgegeben haben. 2. Aus den Verstorbenen der Heilstätte, die ohne Breslauer Wohnung im Pflegehaus für dauernd aufgenommen sind. 3. Aus den Tuberkulosetodesfällen des 37. Stadtviertels.

Unterschiede bezüglich der Tuberkulosemortalität, die vor dem Kriege und teilweise noch während der Nachkriegszeit in einzelnen Stadtvierteln Breslaus bestanden haben, sind also in jüngster Zeit ohne Zweifel in hohem Grade ausgeglichen. Ausgesprochene „Arme-Leute-Viertel": Gabitz (29), Gräbschen (30), der ganze Nikolaistadtteil (Friedrich-Wilhelm (31), Märkische (32), Tschepine mit Zankholz (33) und Pöpelwitz (34) und ausgesprochene „vornehme" Stadtteile wie Kleinburg (28), Neudorf (26) und Kaiser-Wilhelm (27) haben heute eine Tuberkulosemortalität von 0—1,5 pro Mille.

Nachdem ich so die Verteilung der Tuberkulosemortalität auf die einzelnen Stadtviertel festgestellt habe, untersuchte ich weiter, ob irgend ein Zusammenhang zwischen der Tuberkulosemortalität und irgend welchen speziellen sozialen Faktoren zu finden ist.

Als Indikator hierfür habe ich den Prozentsatz der in überbelegten Wohnungen lebenden Einwohner in den einzelnen Bezirken genommen. Das Material, das mir zu dieser Untersuchung zur Verfügung stand, war leider sehr knapp. Zahlen über Wohnungszählungen aus der Vorkriegszeit ließen sich überhaupt nicht auffinden. Die erste diesbezügliche Arbeit wurde 1917 ausgeführt. Da sich diese aber auf die Kriegsjahre bezog, kam sie für meine Untersuchungen nicht in Frage. Auch die Wohnungszählung vom Jahre 1927 ließ sich nicht auswerten, da die Stadtviertel nur in Bezug auf die Qualität der Wohnungen untersucht waren und außerdem nur die absoluten Zahlen der Wohnungsinsassen dieser Wohnungen angegeben waren. Eine Tabelle über die überbelegten kleineren und insbesondere Kleinstwohnungen, die für mich von besonderem Interesse gewesen wäre, stand mir nicht zur Verfügung.

Als einziges brauchbares Material fand ich eine aus dem Jahre 1931 stammende Wohnungszählung, die von den Städtischen Betriebswerken vorgenommen war. Bei der Kontrolle mit den polizeilichen Fortschreibungen erwies sie sich als übereinstimmend mit dieser und also zuverlässig. Die Tabelle 7,

die das Ergebnis der Wohnungszählung enthält, führt neben der Gesamtzahl der Einwohner und der verfügbaren Wohnungen auch die Prozentzahlen der in überbelegten Wohnungen sich aufhaltenden Bewohner und die der überbelegten Wohnungen selbst an. Unter überbelegten Wohnungen werden diejenigen verstanden, auf deren Zimmerzahl mehr als zwei Personen entfallen. Unter den Begriff: Bewohnbare Räume fallen auch Küchen und Wohnküchen.

Um nun Tuberkulosemortalität und Wohndichte vergleichen zu können, habe ich die entsprechenden Zahlen — Prozentsatz der Bewohner in überbelegten Wohnungen, Tuberkulosemortalität der Jahresgruppe 1910—1913 und die der Jahresgrugpe 1928—1931 — in der Tabelle 8 zusammengefaßt.

Ich bin mir bewußt, daß man bei der Gegenüberstellung von Wohndichte des Jahres 1931 und Tuberkulosemortalität des Jahres 1910 nur sehr bedingt Vergleiche ziehen kann. Jedoch ist anzunehmen, daß der soziale Aufbau der Bevölkerung gerade in den Bezirken, auf die es uns ankommt — nämlich die Arbeiter- und Industrieviertel — im Laufe der Zeit wenig Veränderungen ausgesetzt war. Und durch die Verwendung von Relativzahlen soll — bei allem Vorbehalt — eben nur gezeigt werden, ob die Sterbeziffern an Tuberkulose der Vorkriegs- und Jetztzeit mit dem mehr oder minder hohen Prozentsatz an überbelegten Wohnungen übereinstimmen. In diesem Falle läge eine gewisse Berechtigung vor, zwischen Wohndichte und Tuberkulose einen Zusammenhang anzunehmen. Insbesondere schien es mir wertvoll, zu untersuchen, ob der Rückgang der Tuberkulose in Uebereinstimmung mit den überbelegten Wohnungen vor sich gegangen ist oder nicht; mit anderen Worten, ob die Maßnahmen der Tuberkulosebekämpfung, die eingangs erwähnt worden waren, die Schäden der Wohnungen auszugleichen imstande waren.

Um eine bildmäßige Darstellung geben zu können und dadurch den Vergleich zu erleichtern, habe ich die bereits oben erwähnten Zahlenkolonnen der Tabelle 8 nochmals in Gruppen zusammengefaßt und mit verschiedenen Kennzeichen wiedergegeben. (Zeichenerklärung siehe Tabelle 8. Die nochmalige Unterteilung der dritten Rubrik erfolgte wegen der allzu kleinen Werte.) Man muß sich dabei immer erinnern, daß die gleichen Zeichen in den verschiedenen Kolonnen nur den Grad der Wohnungsüberbelegung bezw. der Tuberkulose-

sterblichkeit darstellen. Es soll hier gezeigt werden: In den Jahren 1910—1913 waren die relativ meisten bezw. wenigsten Tuberkulosetodesfälle in diesen Vierteln, während sie in den Jahren 1928—1931 in jenen sind. Auf diese Weise kann man mit geringer Mühe feststellen, wo die größte Tuberkulosesterblichkeit — relativ für den in den Kolonnen dargestellten Zeitraum — sich befindet und ob eine Uebereinstimmung mit der Wohnungsnot vorhanden ist.

Die ungünstigsten Wohnungsverhältnisse zeigt die Tabelle in den Stadtvierteln 32 (Märkische Viertel) und 33a (Zankholz). Die zweithöchsten Zahlen für die überbelegten Wohnungen haben die Viertel 9 (Elbing), 12 (Dom), 16 (Ohle) und 25 (Siebenhufen). Als beste Wohngegend fallen auf Stadtviertel 13 (Hochschul), 19 (Teichäcker), 20 (Huben), 24 (Tauentzien), 27 (Kaiser-Wilhelm), 28 (Kleinburg) und 29 (Gabitz). Die Zahlen von 14 und 14a (Scheitnig und Leerbeutel) genau so wie 17 (Morgenau) sind im Vergleich nicht verwertbar, da sowohl Einwohnerzahlen als Wohnungszahlen zu klein sind.

Und wie verhält es sich mit der Tuberkulosesterblichkeit in den schlimmsten Vierteln zunächst während der Vorkriegszeit? 32 (Märkische) und 33 (Tschepine) zeigen gleichfalls hohe Mortalitätswerte. Desgleichen 9 (Elbing), 12 (Dom), 16 (Ohle) und 25 (Siebenhufen) — also Stadtviertel, bei denen, wie bereits oben erwähnt schlechte Wohnverhältnisse und hohe Mortalität zusammenfallen. Außer diesen sind aber noch die Stadtviertel 1 (Elisabeth), 6 (Schießwerder), 8 (Matthias), 18 (Parschner), 19 (Teichäcker) und 23 (Dürrgoy) zu nennen, die eine Mortalität von über 3 pro Mille zeigen. Für diese Bezirke ist, falls nie Wohnverhältnisse, die ich ja nur für die Nachkriegszeit festgestellt habe, auch für die Vorkriegszeit zutreffen sollten, ein Zusammenhang zwischen Wohndichte und Tuberkulose nicht zu konstatieren. Niedrige Mortalitätsziffern und niedrige Wohnungsbelegungsziffern auch schon vor dem Kriege zeigen 14 (Scheitnig-Leerbeutel), 27 (Kaiser-Wilhelm) und 28 (Kleinburg).

Und in jüngster Zeit? Trotz der nochmaligen Unterteilung dieser kleinen Kolonnenzahlen findet man in den vor dem Kriege schlimmsten Vierteln ein niedrigeres Kennzeichen (Oderstadtteil: Bezirk 6—9, 12 [Dom] 13 [Hochschul]; im Ohlauerstadtteil. Bezirk 16—18; außerdem 19 [Teichäcker], 23 [Dürrgoy], 25 [Siebenhufen] und 33 [Tschepine]). Eine

relativ hohe Tuberkulosemortalität bei mittleren Wohnungsverhältnissen zeigt die gesamte innere Stadt (Bezirk 1—4) und Mauritius (15). Diesen Untersuchungen zufolge würde in der Jetztzeit, für die ja die Wohnungszahlen bestimmt zutreffen, für Breslau wenigstens die Wohnungsfrage auf die Tuberkulosesterblichkeit von nicht mehr allzu großem Einfluß sein.

Wenn wir nun das Ergebnis aller dieser Untersuchungen betrachten, so können wir feststellen, daß der Rückgang der Tuberkulosemortalität zwar alle Stadtviertel betrifft, mit Ausnahme der Stadtviertel 35—46, über die kein Vergleichsmaterial aus der Vorkriegszeit vorliegt, daß er aber nicht in allen Stadtvierteln gleich stark ist. Vielmehr ließ sich nachweisen, daß dieser Rückgang stärker war in Stadtvierteln, die in der Vorkriegszeit eine hohe Tuberkulosesterblichkeit hatten (1 [Elisabeth], 6 [Schießwerder], 23 [Dürrgoy]). Die Differenzen in der Tuberkulosemortalität lagen 1910—1913 zwischen 0 und über 3,5 pro Mille. Sie liegen 1928—1931 zwischen 0 und 1,9 pro Mille.

Eine feinere Differenzierung der Jahresgruppe 1928—1931 zeigt allerdings, daß eine absolute Gleichmäßigkeit — wie durchaus zu erwarten war — auch jetzt nicht vorhanden ist. Doch sind die Unterschiede kleiner geworden. Während 1910—1913 noch 8 Bezirke eine Tuberkulosemortalität von 3—3,5 pro Mille (zweithöchste Gruppe) aufwiesen, gehören 1928—1931 nur noch 5 zur zweithöchsten Gruppe, die jetzt aber nur noch eine Tuberkulosesterblichkeit von 1,3—1,45 pro Mille zeigt.

Abschließend ist festzustellen, daß sich die Tuberkulosesterblichkeit in den einzelnen Stadtvierteln zwischen 0,6 und 1,5 pro Mille bewegt. Diese Werte werden nur noch überboten von den Stadtvierteln 1 (Elisabeth) und 3 (Parschner) mit 1,61 bezw. 1,53 pro Mille.

Zusammenfassung

Die auf Grund der Todeskarten des Statistischen Amtes in Breslau von mir vorgenommenen Untersuchungen über die Tuberkulosesterblichkeit in den einzelnen Stadtvierteln von Breslau während der Jahre 1910 bis 1931 hat bei einer Einteilung in vier Jahresgruppen folgendes ergeben:

1) Der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit läßt sich für alle Stadtviertel nachweisen.

2) Die Intensität dieses Rückganges ist in den einzelnen Stadtvierteln nicht gleichmäßig. Sie ist um so stärker, je höher die Tuberkulosesterblichkeit früher war.

3) Es ist also demnach eine Nivellierung der Tuberkulosesterblichkeit erfolgt.

4) Da die Wohnverhältnisse sich gegenüber früheren Zeiten noch nicht wesentlich gebessert haben, können wir annehmen, daß dieser Faktor durch Verbesserungen anderer Art in der Lebenshaltung, sowie durch die Fürsorgemaßnahmen ausgeglichen worden ist.

Tabelle I		Absolute Tbk.-Todeszahlen 1910—1913		Einwohnerzahl vom Jahre 1910	Tbk.-Mortalität ‰ 1910—1913
		im Jahresdurchschnitt	insgesamt		im Jahresdurchschnitt
1	Elisabeth	47	188	12964	3,63
2	Schloß	16,85	65	7336	2,30
3	Taschen	20,75	83	7069	2,94
4	Neumarkt	44	176	15330	2,87
5	Bürgerwerder . . .	8,75	35	5225	1,67
6	Schießwerder . . .	57,25	229	16298	3,51
7	Kletschkau	22,5	90	8538	2,64
8	Matthias	82,75	331	25173	3,29
9	Elbing	53,25	213	17118	3,11
10	Stern	54,5	218	21661	2,52
11	Michaelis	65,5	262	22476	2,91
12	Dom	88,25	353	27359	3,23
13	Hochschul	38,5	154	13461	2,86
14	Scheitnig-Leerbeutel	0,25	1	1273	0,20
15	Mauritius	54,75	219	26844	2,04
16	Ohle	85,5	342	27621	3,10
17	Morgenau	1,5	6	716	2,09
18	Parschner	9	36	2834	3,18
19	Teichäcker	13	52	4106	3,17
20	Lehmgruben . . .	45,75	183	19613	2,33
21	Huben	16,5	66	7399	2,23
22	Herdain	15,25	61	5060	3,01
23	Dürrgoy	5,5	22	1502	3,66
24	Tauentzien	35	140	19632	1,78
25	Siebenhufen	86,25	345	26844	3,21
26	Neudorf	64	256	28930	2,21
27	Kaiser-Wilhelm . .	25,5	102	21563	1,18
28	Kleinburg	3,5	14	4659	0,75
29	Gabitz	70	280	30087	2,33
30	Gräbschen	6	24	2783	2,16
31	Friedrich-Wilhelm .	49,25	197	17008	2,90
32	Märkische	10,75	43	3847	2,79
33	Tschepine-Zankholz	134,5	538	48872	2,75
34	Pöpelwitz	29,25	117	13778	2,12
	Summe	1360,25	5441	514979	2,64

Tabelle II

		Absolute Tbk.-Todeszahlen 1919—1923		Einwohnerzahl vom Jahre 1925	Tbk.-Mor.-talität ‰ 1919—1923
		im Jahresdurchschnitt	insgesamt		im Jahresdurchschnitt
1	Elisabeth	33	165	12951	2,55
2	Schloß	14	70	7184	1,95
3	Taschen	17	85	6573	2,59
4	Neumarkt	39,4	197	14404	2,74
5	Bürgerwerder . . .	8,8	44	3869	2,27
6	Schießwerder . . .	43,8	219	16905	2,59
7	Kletschkau	19,6	98	9232	2,12
8	Matthias	59,6	298	25026	2,38
9	Elbing	37,8	189	17322	2,18
10	Stern	43,6	218	21606	2,02
11	Michaelis	64,2	321	28915	2,22
12	Dom	80,2	401	27353	2,93
13	Hochschul	30,2	151	14869	2,03
14	Scheitnig-Leerbeutel	3,2	16	4606	0,69
15	Mauritius	52,8	264	27608	1,91
16	Ohle	62,2	311	26557	2,34
17	Morgenau	2,2	11	897	2,45
18	Parschner	7,4	37	3374	2,19
19	Teichäcker	10,8	54	4875	2,22
20	Lehmgruben . . .	46	230	24721	1,86
21	Huben	16,8	84	7154	2,35
22	Herdain	9,6	48	5923	1,62
23	Dürrgoy	3,2	16	2677	1,20
24	Tauentzien	32,8	164	18794	1,75
25	Siebenhufen	59,6	298	25821	2,31
26	Neudorf	61,8	309	30294	2,04
27	Kaiser-Wilhelm . .	36,5	182	24095	1,51
28	Kleinburg	9	45	6641	1,36
29	Gabitz	63,4	317	36810	1,72
30	Gräbschen	8,2	41	5089	1,61
31	Friedrich-Wilhelm .	45,2	226	17866	2,53
32	Märkische	9	45	5065	1,78
33	Tschepine-Zankholz	101,6	508	48583	2,09
34	Pöpelwitz	27,8	139	16654	1,67
	Summe	1160,2	5801	550313	2,11

Tabelle III

		Absolute Tbk.-Todeszahlen 1924—1927		Einwohnerzahl vom Jahre 1925	Tbk.-Mortalität ‰ 1924—1927
		im Jahresdurchschnitt	insgesamt		im Jahresdurchschnitt
1	Elisabeth	25,25	101	12951	1,95
2	Schloß	7	28	7184	0,97
3	Taschen	11,25	45	6573	1,71
4	Neumarkt	21	84	14404	1,46
5	Bürgerwerder	4,75	19	3869	1,23
6	Schießwerder	20	80	16905	1,18
7	Kletschkau	9	36	9232	0,97
8	Matthias	32,5	130	25026	1,30
9	Elbing	21,5	86	17322	1,24
10	Stern	24,25	97	21606	1,12
11	Michaelis	32,25	129	28915	1,12
12	Dom	39,75	159	27353	1,45
13	Hochschul	17	68	14869	1,14
14	Scheitnig-Leerbeutel	3,5	14	4606	0,76
15	Mauritius	30,75	123	27608	1,11
16	Ohle	35,75	143	26557	1,35
17	Morgenau	1	4	897	1,11
18	Parschner	6	24	3374	1,78
19	Teichäcker	5	20	4875	1,03
20	Lehmgruben	29,25	117	24721	1,18
21	Huben	8,75	35	7154	1,22
22	Herdain	6,75	27	5923	1,14
23	Dürrgoy	1,75	7	2677	0,65
24	Tauentzien	18	72	18794	0,96
25	Siebenhufen	35,5	142	25821	1,37
26	Neudorf	39,75	159	30294	1,31
27	Kaiser-Wilhelm	21,25	85	24095	0,88
28	Kleinburg	5	20	6641	0,75
29	Gabitz	40	160	36810	1,09
30	Gräbschen	7,25	29	5089	1,42
31	Friedrich-Wilhelm	23,5	94	17866	1,32
32	Märkische	7	28	5065	1,38
33	Tschepine-Zankholz	60	240	48583	1,23
34	Pöpelwitz	21,25	85	16654	1,28
	Summe	652,25	2609	550313	1,19

Tabelle IV

		Absolute Tbk.-Todeszahlen 1928—1931		Einwohnerzahl u. Personenstandsaufnahme vom 10.10.1930	Tbk.-Mortalität ‰ 1928—1931
		im Jahresdurchschnitt	insgesamt		im Jahresdurchschnitt
1	Elisabeth	18,5	74	11483	1,61
2	Schloß	8,5	34	6914	1,23
3	Taschen	9,75	39	6375	1,53
4	Neumarkt	18,5	74	14816	1,25
5	Bürgerwerder . . .	3,75	15	3464	1,08
6	Schießwerder . . .	16,75	67	17011	0,98
7	Kletschkau	8,5	34	8390	1,01
8	Matthias	29	116	24990	1,16
9	Elbing	17,25	69	17139	1,01
10	Stern	21	84	21427	0,98
11	Michaelis	27,5	110	29113	0,94
12	Dom	30,5	122	26819	1,14
13	Hochschul	10	40	14028	0,71
14	Scheitnig-Leerbeutel	2,5	10	1766	1,42
15	Mauritius	29,75	119	25060	1,19
16	Ohle	32	128	25227	1,27
17	Morgenau	1,5	6	818	1,83
18	Parschner	4,5	18	5117	0,88
19	Teichäcker	6,25	25	4617	1,35
20	Lehmgruben . . .	19,25	77	24267	0,79
21	Huben	7	28	7551	0,93
22	Herdain	7,75	31	9313	0,83
23	Dürrgoy	2	8	2926	0,68
24	Tauentzien	15,25	61	17300	0,88

		Absolute Tbk.-Todeszahlen 1928—1931		Einwohnerzahl u. Personenstandsaufnahme vom 10.10.1930	Tbk.-Mortalität ‰ 1928—1931
		im Jahresdurchschnitt	insgesamt		im Jahresdurchschnitt
25	Siebenhufen	27,25	109	22609	1,21
26	Neudorf	31,5	126	30127	1,05
27	Kaiser-Wilhelm . .	15,5	62	24845	0,62
28	Kleinburg	2	8	6859	0,29
29	Gabitz	38	152	41911	0,91
30	Gräbschen	4,75	19	6247	0,76
31	Friedrich-Wilhelm .	18,25	73	19824	0,92
32	Märkische	7,25	29	6057	1,20
33	Tschepine-Zankholz	53,25	213	49908	1,07
34	Pöpelwitz	23,25	93	21317	1,09
35	Deutsch-Lissa . . .	6	24	10363	0,58
36	Neukirch	2,25	9	4056	0,55
37	Masselwitz	25,25	101	4416	5,72
38	Cosel	1,75	7	2398	0,73
39	Rosenthal	9,75	39	5857	1,66
40	Carlowitz	4,25	17	4315	0,98
41	Hundsfeld	1,5	6	4474	0,34
42	Schwoitsch	1,25	5	1507	0,83
43	Zimpel	6,75	27	9975	0,68
44	Bischofswalde . . .	0,75	3	3444	0,22
45	Tschansch	2,75	11	6487	0,42
46	Krietern	3,5	14	3692	0,95
	Summe	634,25	2537	616619	1,03

Tabelle VII		Bewohner		Bewohnte Wohnungen	
		insgesamt	% davon in überbelegten Wohnungen	insgesamt	% davon überbelegt
1	Elisabeth	10915	25,5	3325	16,8
2	Schloß	6344	21,8	1777	14,2
3	Taschen	5796	18,1	1724	11,9
4	Neumarkt	12185	22,7	3925	14,4
5	Bürgerwerder	3225	18,1	954	12,6
6	Schießwerder	15276	26,9	4671	18,0
7	Kletschkau	7142	24,7	2067	15,9
8	Matthias	22827	26,3	7015	17,6
9	Elbing	15194	33,0	4388	21,8
10	Stern	21338	19,9	6700	13,2
11	Michaelis	29264	21,3	8723	14,1
12	Dom	23194	32,8	7423	20,9
13	Hochschul	13680	11,0	4215	7,2
14	Scheitnig	1472	6,7	424	3,3
14a	Leerbeutel	991	2,3	241	2,1
15	Mauritius	27175	17,5	8167	11,7
16	Ohle	24396	31,3	7283	21,2
17	Morgenau	802	23,3	231	15,2
18	Parschner	3070	24,4	887	16,2
19	Teichäcker	4177	10,8	1238	6,9
20	Lehmgruben	23582	14,6	7123	9,4
21	Huben	7780	24,0	2362	15,9
22	Herdain	6868	17,1	2112	10,6
23	Dürrgoy	4005	18,5	1093	11,9
24	Tauentzien	15924	13,2	4488	9,3
25	Siebenhufen	24053	31,5	7388	21,5

		Bewohner		Bewohnte Wohnungen	
		insgesamt	% davon in überbelegten Wohnungen	insgesamt	% davon überbelegt
26	Neudorf	27899	17,1	8440	12,0
27	Kaiser-Wilhelm . .	23311	10,4	6726	7,8
28	Kleinburg	6060	5,2	1561	4,4
29	Gabitz	39562	11,3	11883	7,2
30	Gräbschen	7486	17,9	2113	12,2
31	Friedrich-Wilhelm .	17072	22,4	4957	15,6
32	Märkische	5171	40,7	1419	29,2
33	Tschepine	46887	27,6	13822	18,8
33a	Zankholz	1061	86,1	278	82,0
34	Pöpelwitz	21879	18,8	6092	12,4
35	Deutsch-Lissa . . .	10738	29,3	2923	19,6
36	Neukirch	3868	41,4	1002	30,3
37	Masselwitz	4165	19,4	1210	12,6
38	Cosel	2376	30,9	637	20,9
39	Rosenthal	5584	24,7	1575	16,5
40	Carlowitz	3682	16,8	996	11,1
41	Hundsfeld	6018	25,8	1639	16,8
42	Schwoitsch	1506	38,2	412	28,6
43	Zimpel	10230	3,4	2918	1,5
44	Bischofswalde . . .	4454	3,8	1367	2,3
45	Tschansch	6390	21,5	1722	13,8
46	Krietern	3529	22,8	963	15,4

Literatur

Statistische Jahrbücher der Stadt Breslau von 1910—1930.

Monatsberichte der Stadt Breslau von 1910—1931.

Statistisches, bisher noch unveröffentliches Material über die Ergebnisse der Wohnungszählungen 1917 und 1931.

Greenwood M. und Wolff G.: Einige methodologisch-statistische Studien zur Epidemiologie der Tbk. Ztschr. f. Tbk. Bd. 52, 1928.

Gundel: Die Ursache des Rückganges der Tbk.-Sterblichkeit und die moderne Tbk.-Bekämpfung.

Hamel C.: Die Ursachen des Rückganges der Tbk.-Sterblichkeit in den Kulturländern. Beitr. Klin. Tbk. 75, 135—164 (1930).

Müller: Die Altstadt von Breslau.

Teleky L. J.: Die Tbk. Handbuch der Sozialen Hygiene von A. Gottstein, A. Schlossmann und L. Teleky, Bd. 3.

Wolff G. und Jahn A: Die Sterblichkeit an Tbk. und an Krebs in Beziehung zur sozialen Struktur der Berliner Bevölkerung. Archiv f. Soz. Hyg. und Demographie. Bd. VII, Heft 6, 1932.

Wolff G. und Freudenberg F.: Tbk.-Sterblichkeit und Wohlstand in Paris, London und Berlin. Ztschr. f. Hyg. Bd. 102, 1924.

Wolff G.: Die statistische Methode in der Epidemiologie und medizinischen Ursachenforschung. Klin. Wochenschrift. Jhrg. 6, Nr. 43, 1927.

Lebenslauf

Am 4. Februar 1908 wurde ich, Hans-Joachim Blobel, als Sohn des Vermessungsrats Hermann Blobel in Prüm (Eifel) geboren. Ich besuchte das Gymnasium und bestand am 21. Februar 1927 die Abschlußprüfung in Bunzlau. Vom Sommersemester 1927 bis Wintersemester 1932/33 studierte ich Medizin und zwar 4 Semester in Halle, 2 Semester in Rostock, je 1 Semester in München und Wien und die letzten 3 Semester in Breslau. Das medizinische Vorexamen bestand ich am 13. August 1929 in Rostock. Nach bestandenem Medizinischen Staatsexamen am 10. Januar 1933 arbeitete ich als Medizinalpraktikant $3^1/_2$ Monate an der Medizinischen Universitätspoliklinik, $4^1/_2$ Monate am Diakonissen-Krankenhaus Bethesda und 4 Monate an der Universitäts-Frauenklinik. Augenblicklich volontiere ich an der Universitäts-Frauenklinik.

.....